

# Violencia obstétrica: reproducindo el dolor\*

[Artículos]

*Paula Mazuera Ayala\*\**

*Fecha de recepción: 10 de febrero de 2021*

*Fecha de aprobación: 6 de mayo de 2021*

Citar como

Mazuera Ayala, P. (2020). Violencia obstétrica: reproduciendo el dolor. *Via Inveniendi Et Iudicandi*, 16(2). <https://doi.org/10.15332/19090528.6783>



## Resumen

En este artículo se propone analizar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que actúa en orden de la violencia y discriminación estructural en contra de la mujer en Colombia. Para desarrollar este objetivo, se optó por una revisión crítica documental de carácter cualitativo y sociojurídica, aplicada sobre elementos clínicos, legales y científicos que diesen cuenta de las implicaciones de las acciones discriminatorias y violatorias perpetradas contra las mujeres gestantes desde las interrelaciones con instituciones como las legales o políticas. Finalmente, se presenta la necesidad de implementar recursos

---

\* El presente manuscrito es producto del proyecto de investigación Tendencias contemporáneas en la sistematización civilista. Segunda fase: las personas. Grupo de Investigación de Derecho Privado y del Proceso, Gustavo Vanegas Torres de la Universidad Libre (Bogotá, Colombia).

\*\* Abogada, especialista en Derecho Constitucional, especialista en Gerencia en Servicios de la Salud, magíster en Derecho, doctora en Derecho, docente investigadora de la Universidad Libre (Bogotá, Colombia). Correo electrónico: [Paula.mazueraa@unilibre.edu.co](mailto:Paula.mazueraa@unilibre.edu.co); ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0679-7149>

legales y políticos de protección de la mujer gestante en el proceso de desarrollo de la perspectiva de género en Colombia.

**Palabras claves:** violencia obstétrica, mujer gestante, ley parto digno, perspectiva de género, violencia estructural contra la mujer.

## Obstetric Violence: reproducing pain

### Abstract

This article proposes to analyzes obstetric violence as a form of gender violence that acts in relation to a structural discrimination and violence against women in Colombia. In order to develop this objective, a critical documentary review of a qualitative and socio-legal point of view was chosen, applied to clinical, legal and scientific elements that account for the implications of the discriminatory and violating actions perpetrated against pregnant women from the interrelationships with institutions such as the legal or political. Finally, the need to implement legal and political resources for the protection of pregnant women is presented within the process of developing gender perspective in Colombia.

**Keywords:** obstetric violence, pregnant woman, dignity in childbirth act, gender perspective, structural violence against women.

A la mujer dijo:

—En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos; y con todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti.

Génesis 3, 16

### Introducción

La violencia obstétrica es un tema que requiere de un abordaje perentorio en el escenario de interpretación, análisis y crítica de la violencia y discriminación estructural perpetrada contra la mujer. Debe ser

reconocida como una de las formas de violencia más veladas y naturalizadas en las sociedades, sobre todo dentro del paradigma clínico de observación y patologización del cuerpo de la mujer, en este caso el de la mujer gestante.

Una de las formas de violencia que se da sobre las mujeres, por su condición genérica y en su doble condición como madres y como mujeres, específicamente, es la violencia obstétrica, es decir aquella que se da debido a la gestación, el parto y puerperio por parte del personal de salud y personal relacionado con la atención prehospitalaria, hospitalaria y ambulatoria. Dicho tipo de violencia se presenta de diferentes formas y grados, esto es, de manera sutil, con atenciones rápidas y deshumanizadas, naturalizadas en el contexto de la atención médica y de enfermería, la negativa o prohibición del acompañante en la atención, reconvenciones y expresiones negativas respecto al actuar de la embarazada o recién parida hasta maltratos físicos y psicológicos tales como acciones que infrinjan más dolor a la madre, acusaciones, burlas o descalificación por los sentimientos experimentados en las diferentes fases del embarazo, parto y puerperio.

Este tipo de acciones violentas que afectan física y psicológicamente a la madre, se observan naturalizadas tanto en el contexto de la atención médica, como en el imaginario colectivo, una naturalización simbólica que, sumada a la vulnerabilidad de la madre en muchos casos, incluso pasa desapercibida.

En este sentido se hace necesario analizar los tipos de violencia obstétrica que se generan por la ausencia de medidas de protección frente a la mujer gestante en los procedimientos asociados a los criterios médicos de evaluación de la mujer embarazada, así como a las consecuencias psicológicas que sobre ella trae el momento del alumbramiento y los días posteriores a este.

Esto lleva a una reflexión sociojurídica sobre las políticas de salud pública asociadas a la vida sexual y reproductiva, así como a la educación y el conocimiento de los derechos y deberes que tanto las usuarias como las entidades promotoras de salud y personal asistencia deben tener. En este mismo orden, la formación que requieren los profesionales de la salud en temas que tienen que ver con la violencia de género.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación: ¿los procedimientos médicos ginecobstéticas están mediados por la perspectiva de género que garanticen la dignidad de la mujer en estado de embarazo, parto y puerperio?

El análisis crítico de esta violencia debe concentrarse en ella como parte de una estructura y entender que sus dinámicas y perpetraciones no solo acontecen al interior de la sala de parto, sino que se prolongan a lo largo de la vida de la mujer como un eslabón más en la cadena de afrontas. Colombia no es la excepción en este escenario, y, sin embargo, deben reconocerse los adelantos que se están presentando en el ámbito jurídico nacional para la atención de esta violencia a partir del proceso de implementación de perspectiva de género sobre todos los campos en los que se perpetre la violencia contra la mujer.

El presente artículo tiene como objetivo analizar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que actúa en orden de la violencia y discriminación estructural en contra de la mujer en Colombia. Para ello, es necesario caracterizar la violencia obstétrica desde una relación asimétrica entre la autoridad médica y la mujer gestante, también revisar los elementos clínicos obstétricos, sociales y jurídicos que sustentan esta práctica.

## **Metodología y procedimiento de interpretación**

Esta investigación está enmarcada en el paradigma sociojurídico con enfoque hermenéutico comprensivo, el cual tiene en cuenta el análisis de fenómenos sociales desde una perspectiva jurídica, orientada al desarrollo de los fines del Estado, en el caso concreto, a la protección de los derechos y la dignidad de la mujer gestante, de parto y puerperio como parte activa de la sociedad.

En este sentido, se pretende explicar el fenómeno desde sus causas, entendiéndolo a partir del fin al cual se apunta, en este caso la perspectiva de género en los procedimientos ginecobstéticas, teniendo en cuenta las condiciones de tiempo, modo y lugar en el que dicho fenómeno se presenta.

El proceso de construcción de lo cultural se desarrolla a partir de los fenómenos concretos, de las condiciones que rodean su aparición, y de las metas a las cuales se apuntan, los cuales se someten a un proceso de abstracción que permite aprender lo que en ellos hay de general. (Giraldo Ángel y Giraldo López, 1999, p. 32)

Para el desarrollo de estos objetivos, se propuso un análisis crítico sociojurídico de tipo cualitativo, sobre un *corpus* documental compuesto por referentes legales, clínicos, académicos y periodísticos que se ocupan del tema. Desarrollando el análisis y la comprensión de los procedimientos médicos asociados a la valoración de la mujer gestante, de parto y puerperio, así como los vacíos que presentan en la atención con perspectiva de género.

Igualmente se tuvieron en cuenta los aspectos que relacionan la violencia obstétrica con la generación de políticas públicas que instauren un ordenamiento jurídico en materia de protección de los derechos y dignidad de las mujeres gestantes, de parto y puerperio. En este sentido, el análisis y

la comprensión de la norma propuesta tiene en cuenta la problemática y los fines que se persiguen para el cambio de paradigma, tanto en la atención como en la educación y práctica médica, los derechos y dignidad de la mujer y el desarrollo de políticas con sentido humano y perspectiva de género en las instituciones de salud.

El análisis se desarrolla desde la atención de unos temas específicos y fundamentales para la comprensión de la violencia obstétrica desde la perspectiva de género y su acontecer en el escenario nacional: la óptica clínica sobre la mujer gestante, la institucionalización de la violencia obstétrica, la relación asimétrica en la que se perpetra, la tipología de la violencia obstétrica y finalmente el desarrollo jurídico del parto digno en Colombia.

### **Perspectiva de género para el análisis de la violencia obstétrica**

El desarrollo de la perspectiva de género como enfoque de estudio y crítica sociojurídica hace perentoria la aplicación de conceptos y reflexiones que puedan ser llevados con eficacia y contundencia a cada uno de los espacios donde es imperativa su aplicación con la finalidad de atender y erradicar la prolongación de la violencia y la discriminación en contra de la mujer.

Dicha aplicación no solo se limita a espacios visibles, como la administración de justicia o el desarrollo de políticas públicas, sino que debe extenderse a instituciones y ámbitos en los que no se reconoce la existencia de la violencia de género por diversas razones que, en su mayoría, están sustentadas en construcciones culturales asimétricas sobre el género. En este sentido, no es solo el cumplimiento de lo estipulado en la Carta Política de 1991 sobre la discriminación en razón de sexo (CP., 2016, art.13, Colom.), la necesidad de crear medidas que garanticen la protección especial de la mujer (C.P., 2016, art. 43, Colom.), o la

ratificación nacional de los convenios y protocolos internacionales que fundamentan la perspectiva de género, como en la Ley 1248 de 1995 (Colombia, 1995, p. 1); sino también la aplicación de perspectivas de análisis sobre las instituciones del Estado y de los servicios sociales que permitan reconocer las dinámicas estructurales sobre las que deben ser aplicadas estas referencias básicas en la perspectiva de género en Colombia, particularmente.

La aplicación de la perspectiva de género en una temática perteneciente al sector salud y a la formación clínica tiene como objetivo entender este campo; el médico, como parte de una consolidación cultural, social y política que también debe ser observada como un entorno de perpetración de violencia en la estructura institucional y profesional de acceso y garantía del derecho humano a la salud y al servicio médico, ligado al funcionamiento estatal (Vargas y Bracchi, 2016).

En este orden de ideas, la perspectiva de género, desde un ángulo de análisis sociojurídico, es incorporada directamente a la operación de las instituciones del Estado Social de Derecho, con el fin de esclarecer cuáles y como operan las dinámicas discriminatorias y violentas en el interior de estas instituciones, relacionando un elemento fundamental como lo es la existencia de una desigualdad de base fundamentada en género (García, 2013).

Lo señalado tiene que ver directamente con el ejercicio de los derechos fundamentales de la mujer en todos los planos de legitimación como sujeto de derecho (Velásquez, 2019, p. 149), por ello la perspectiva de género, más que adoptar una actitud panfletaria frente a la violencia, elabora críticas estructurales sobre los fundamentos de esta violencia y en la elaboración de medidas políticas, judiciales y cívicas para la atención y reparación ante este tipo de violencia, (CNGRJ, 2011; Rodríguez, 2014).

Lo explicado hasta el momento constituye el punto cervical de la aplicación de la perspectiva de género en casos de violencia estructural en contra de la mujer: existen condiciones estructurales que son inherentes a la conformación del Estado de derecho y sus instituciones, y que refuerzan la violencia cultural y social a la que es sometida la mujer (Miranda, 2012, p. 40).

Es necesario entender que adoptar esta perspectiva como opción crítica de estudio de la violencia obstétrica exige una mirada crítica sobre los referentes médicos, legales e institucionales que sustentan la obstetricia como práctica médica relacionada específicamente con las mujeres, entenderlas como partícipes de dinámicas propias de legitimación de violencia, y como espacio al que la mujer accede desde un estado de vulneración y discriminación de base, y que, por lo tanto, debe ser contemplado como uno de los punto en los que el Estado y sus instituciones deben velar por la aplicación de protocolos y procedimientos de atención de la violencia contra la mujer, en el marco de su protección como institución garante, como es el caso de la Ley 1257 de 2008 , (Colombia, 2008, p. 10), y en el de la autocorrección de las dinámicas de violencia, desde la aplicación de la perspectiva de género.

### **La visión clínica sobre la mujer gestante**

El parto es uno de los momentos más significativos y traumáticos que viven las mujeres. No importa la edad, condición social, raza o creencias culturales y religiosas, en el momento del alumbramiento, la mujer abraza su vulnerabilidad; es fácil entenderlo: desnuda, insegura, adolorida y rodeada de personas extrañas se enfrenta a la inminente responsabilidad de dar vida.

Ese gran acontecimiento final ha estado antes acompañado de cambios anatómicos, fisiológicos y adaptativos que, en términos médicos, tienen una explicación:

Un sinúmero de adaptaciones fisiológicas se produce con el embarazo, cambios que impactan prácticamente cada órgano de cada sistema. Las adaptaciones permiten a la madre soportar a la madre las demandas metabólicas de la unidad fetoplacentaria y resistir el sangrado asociado al parto. Es esencial para el personal de salud estar consciente de estos cambios, puesto que pueden simular enfermedad. También puede modificar una respuesta del paciente al estrés del trauma o cirugía y requiere modificaciones en los protocolos estándar de atención.

(Saldarriaga y Artuz, 2017, p. 187)

La mujer experimentará que el útero crece de manera paulatina, desplazando los órganos intraabdominales, en especial los pélvicos, provocando molestos síntomas relacionados con el sistema urinario y gastrointestinal, retención de líquidos en los miembros inferiores, compresión indirecta del diafragma con cambios en la mecánica respiratoria, alteraciones hemodinámicas con disminución de la resistencia vascular y, por tanto, redistribución del flujo y modificación de los sistemas de regulación cardiaca y renal, sin contar con los efectos de las hormonas relacionadas con el embarazo que contribuyen a generar importantes cambios en el cuerpo. La progesterona se mantiene elevada todo el embarazo, el ciclo estrogénico ve distorsionada su habitual fluctuación mensual, la prolactina va en aumento y la oxitocina prepara el útero para el momento del trabajo de parto (Saldarriaga y Artuz, 2017).

Psicológicamente también se enfrentan cambios: tienen la tarea de convertirse en madres, más allá de parir, implica una sujeción al trabajo doméstico, a la inmensa responsabilidad de cuidar, criar, levantar, acompañar, incluso, para siempre, como canon de bondad, donde las

nuevas madres se les estará y para siempre prohibido pensar en sí mismas, dejar el “yo” para ser “nosotros”, perdiendo gran parte de la identidad, del individuo como ser que vela por sí mismo, que piensa por sí y para sí misma.

Detállese que en la explicación médica existe una preocupación por la sintomatología de la mujer embarazada y por la adecuada respuesta del profesional de la salud encargado del atendimiento de la madre, por establecer criterios procedimentales para avanzar sobre el cuerpo de la mujer, aún desde el manifiesto de la garantía del derecho a la salud y a la atención médica, prima el procedimiento. Desde el paradigma de la observación clínica, la mujer debe ser sometida a una anamnesis basada en conocimientos fisiopatológicos sobre su condición, determinados desde un orden lógico que permite establecer las posibilidades diagnósticas y el tratamiento a seguir para su condición (Saldarriaga y Artuz, 2017, p. 232).

Regularmente este proceso de observación sigue la clasificación de la mujer embarazada desde los siguientes criterios:

- Gx (Gravidez): Determina el número de veces que la mujer ha estado embarazada, sin importar si estos han llegado a buen término no. Incluye el embarazo actual.
- Px (Partos): Hace referencia al número de nacimientos por vía vaginal que ha tenido la paciente.
- Cx (Cesárea): Hace referencia al número de nacimientos por vía abdominal, a través de la operación cesárea.
- Ax (Abortos): Número de embarazos finalizaron antes de la semana 22 de gestación o si el feto pesó menos de 500 g.

-Ex (ectópico): Número de embarazos que se implantaron y alcanzaron un desarrollo por fuera del cuerpo uterino; incluye embarazos tubáricos, cervicales, ováricos y abdominales.

-Mox (Mortianos): Número de recién nacidos con peso mayor de 500 g que nacen muertos.

-Vx (Vivos): Número de recién nacidos vivos.

-Gem (Gemelar): Hace referencia al número de embarazos que han tenido dos o más fetos. (Saldarriaga y Artuz, 2017, p. 230)

Si se mira con atención a aquel que observa y clasifica, se notará en estos criterios la ausencia de los impactos de los procedimientos con los cuales se da el alumbramiento, el paradigma clínico de observación no responde ante sí mismo por la violencia que existe en la aplicación de sus métodos, ante su capacidad de multiplicar el padecimiento, de por sí inherente al parto, de la mujer embarazada, perpetrando violencia, violencia contra una mujer en uno de los momentos más sensibles de sus etapas vitales. Lo que no aparece en estos criterios es precisamente la violencia obstétrica.

### **Anamnesis clínica y tipología de la violencia obstétrica**

Si la observación de la paciente embarazada comienza en el momento en el que ella ingresa al consultorio, en el proceso de anamnesis, para caracterizar sus condiciones físicas y psicológicas, antes de proceder a la valoración ginecológica y obstétrica (Saldarriaga y Artuz, 2017, pp. 240-241); la valoración, prevención y erradicación de la violencia obstétrica debe ser implementada a partir de un ángulo estructural: las políticas de salud pública, la organización y proceder de las instituciones de salud, la educación en el acceso al derecho y servicio de salud, y con claridad en el proceso de formación de los profesionales en medicina que

posarán su mirada en la paciente, que llevarán sus manos a puntos íntimos de la gestación de la vida y del desarrollo de la mujer.

La violencia obstétrica, como forma de violencia contra la mujer, se fundamenta en la confluencia de cuatro tipos de violencia: la violencia institucional (políticas que limitan los derechos de la mujer), la violencia psicológica (misión del derecho y reducción de la voluntad de la paciente), violencia simbólica (naturalización de la agresividad del proceso), violencia sexual (dolo en el procedimiento) (Jojoa et ál., 2018, p. 138).

Es por esta razón que más que entender este tipo de violencia como un problema único del sector salud, se debe entender como parte del proceso de reproducción de la violencia estructural perpetrada contra la mujer.

No hay en la violencia obstétrica ni un solo rasgo que la aparte de otro tipo de afrontas a las que son sometidas las mujeres en la estructura discriminatoria endémica de las sociedades occidentales y sus dinámicas institucionales procedimentales hegemónicas (Arguello y Mateo, 2014, p. 14). En el sistema de salud, el proceso de institucionalización se tradujo en la intensificación de la medicalización del cuerpo femenino, patologizándolo e instrumentalizando el contacto con este (Barbosa y Modena, 2018, p. 12).

Como consecuencia, el cuidado intersubjetivo e integral fue derogado por la aplicación de instrumentos, técnicas y protocolos que observan el cuerpo de la mujer gestante como un cuerpo enfermo que debe ser atendido, intentando ahogar en fórmulas y utensilios el carácter del embarazo como arte del acontecimiento fisiológico de la vida (Barbosa y Modena, 2018, p. 8).

La mujer embarazada es convertida en este intercambio de guantes, utensilios, lámparas y protocolos en un elemento secundario (repárese en la cosificación) del proceso de nacimiento (obsérvese la tecnificación),

desligando al parto y a la parturienta del contexto social, cultural y afectivo del que proviene, perpetrando sobre ella un tipo de violencia técnica que reduce su capacidad fisiológica para parir y generando secuelas graves que la acompañarán, probablemente, a lo largo de su vida (Barbosa y Modena, 2018, p. 2).

La violencia obstétrica consolida de esta manera la imagen de la mujer como un ser reproductor, sumiso, inferior física y moralmente, y que debe estar dispuesto al control y al proceder sobre su cuerpo y su sexualidad: se les destituye de cualquier derecho o capacidad de elección, cauterizando la discriminación (Barbosa y Modena, 2018, p. 8). Existe, ciertamente, una explicación estructural para esta perpetración: el sistema biomédico es un espacio de poder, su intervención instrumental y totalitaria sobre los procesos naturales del cuerpo son definidos como legítimos (Belli, 2013, p. 27).

### **Poder sobre el cuerpo de la mujer gestante, la morbilidad discriminatoria**

En el caso de la mujer embarazada y específicamente aquella que se encuentra en proceso de parto, la legitimación del poder biomédico sobre su cuerpo se da en la relación asimétrica que existe entre la mujer y el profesional de la salud, una asimetría fundada en elementos simbólicos y fácticos que se traducen en la reducción de la capacidad de acción de la paciente en el ejercicio de su derecho a la salud y de acceso al servicio médico (Belli, 2013, p. 28). Este tipo de hechos se reproducen fácilmente en espacios insalubres de discriminación y desigualdad estructural contra la mujer, en los que factores como la raza, la edad, el nivel educativo o socioeconómico se tornan en condicionantes de riesgo y exposición a la violencia (Barbosa y Modena, 2018, p. 8).

Si la discusión se establece en términos procedimentales, la violencia obstétrica debe ser entendida en los mismos términos: surge de una comprensión del cuerpo de la mujer embarazada como un cuerpo enfermo, no solo bajo el ojo clínico del médico, sino bajo el escrutinio vulnerador del contexto familiar, social y cultural al que ella pertenece; en este caso, si la medicina define las afecciones físicas del cuerpo en embarazo como *morbilidad materna* (Chávez y Sánchez, 2018, p. 109), la confluencia de estos factores de vulneración y discriminación en la prestación del servicio de salud pueden ser denominados como *morbilidad discriminatoria*.

En este caso, la práctica médica aprovecha la plataforma de discriminación y vulneración del que provienen las usuarias, para implementar sobre sus cuerpos la serie de procedimientos legitimados desde sus propios criterios, desplazando a la mujer de su calidad de sujeto dador de vida al de cuerpo a ser atendido (Chávez y Sánchez, 2018, p. 109). Este giro no debe ser tomado a la ligera, dado que al ser el momento del alumbramiento las consecuencias son directas y concretas sobre las dos formas de vida sometidas al procedimiento.

Puntualmente, la violencia obstétrica se caracteriza por

una serie de acciones realizadas por el personal de salud que perjudican los procesos reproductivos y el cuerpo de las mujeres. Estas conductas médicas expresan un trato deshumanizado y patologizado de los procesos naturales durante el desenlace del embarazo. Implican un conjunto de prácticas invasivas innecesarias al momento del parto, que van desde acciones rutinarias hasta complejas: enemas, rasurado público, tactos vaginales constantes, uso de oxitócicos, inducción del nacimiento antes de 42 semanas de embarazo, episiotomías, cesáreas innecesarias. (Chávez y Sánchez, 2018, p. 106)

Las consecuencias son graves para la madre, directas en el bebé y extensibles al entorno en el que estos viven, es un daño en el tejido íntimo

de la vida: para el entorno, las consecuencias son relacionales, las afectaciones emocionales tienden a traducirse en problemas emocionales o adaptativos (García, 2018, p. 437); para el bebé, además de la vulneración inicial de su integridad física al romper la simbiosis natural entre madre-hijo, trae consecuencias en su salud dadas las implicaciones del procedimiento (García, 2018, p. 436), y en la madre, problemas en la lactancia, incontinencia urinaria, hemorragias, desgarros, consecuencias psicológicas (García, 2018, pp. 433-435). Además de la exposición a efectos colaterales de los medicamentos y procedimientos empleados sobre el desarrollo de su cuerpo en el puerperio y en el de su bebé, (Saldarriaga y Artuz, 2017, p. 207).

Hay que observar otro elemento considerable en la violencia obstétrica: como otras formas de violencia ha ganado cierto estatus de naturalidad, esta vez reforzada por la legitimidad de la institución médica y del profesional (Jojoa et ál., 2019, p. 136), fundamentada claramente en la asimetría al interior del consultorio y en la plataforma discriminatoria en el espectro de las dinámicas sociales. Esta naturalización de la violencia en el consultorio médico y en la sala de parto debe ser puesta en discusión, fundamentalmente por un hecho: quien perpetua la violencia obstétrica no actúa en orden del manifiesto médico de acompañar, apoyar y ayudar, sino que lo hace desde la imposición del criterio quirúrgico sobre la integridad física de la paciente (Silva, Santana, 2016, p. 94).

### **Institucionalización de la violencia**

Pero la imposición de estos criterios quirúrgicos no solo se da en los conocimientos médicos, estos actúan en red con otros mecanismos de violencia que, como se ha indicado en párrafos anteriores, obedecen a una estructura de violencia y discriminación amplia en contra de la mujer. En casos en los que la paciente se niega a adoptar el criterio médico como

medida de atención a su embarazo y a su proceso de parto, tanto el personal de salud como la institución recurren a cuatro estrategias básicas: restricciones a medidas alternas de cuidado, manipulación o alteración de la información sobre su estado de salud, la aplicación de presión emocional y finalmente la intervención de medidas judiciales; todas enmarcadas en una experiencia coercitiva de la voluntad y capacidad de decisión de la mujer parturienta (Kukura, 2018, p. 738).

Si se habla de una contradicción en términos de ética médica, cada una de las estrategias señaladas supone una muestra clara del desborde del proceder profesional en aras de la asepsia procedural clínica. Sin embargo, existe una que sí presenta todas las características del desborde: la intervención judicial sobre la decisión de la mujer en trabajo de parto, en otras palabras, la coerción judicial:

The most prevalent forced cesarean experience is one where doctors and hospital administration seek judicial intervention to compel the woman to submit to surgery. Such actions disregard the right to informed consent-along with is corollary, the right to informed refusal of treatment- and the right to bodily integrity. These actions also suffer from procedural defects and a hight degree of arbitrariness, as the decisions to pursue a court-ordered cesarean may be based in subjective judgements about a patient's age, race socio-economic stats, religious faith, or perceived compliance, rather than medical necessity and the impaired competence of the woman to determine her own treatment.

(Kukura, 2018, pp. 738-739)

Este tipo de coerción tiene además del amparo institucional de la entidad médica, la legitimidad que le dan los instrumentos legales y judiciales sobre la integridad física de la mujer y del bebé, empleados estratégicamente en la confluencia de la vulnerabilidad base de la mujer y la condición de urgencia y debilidad inherente al trabajo de parto. La

mujer gestante además de estar dispuesta sobre una camilla de procedimientos, está siendo sometida a la operación de la maquinaria discriminatoria de la sociedad y sus instituciones sobre su cuerpo.

En términos de reconocimiento y erradicación como forma de violencia, la violencia obstétrica es neonata (Chávez y Sánchez, 2018, p. 105), desde el ángulo de perpetración, es tan antigua como el primer corte de un procedimiento quirúrgico. Para las discusiones actuales, está reconocida entre las formas de violencia contra la mujer y como parte de los puntos a ser atendidos en la legitimación de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer (Belli, 2013, p. 30). Recientemente, la Organización Mundial de la Salud señaló, en la declaración por la *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, que

en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos. (OMS, 2014, WHO/RHR/14.23, p. 1)

Para conseguir el objetivo planteado, la OMS insta a los países firmantes a emprender cinco acciones cruciales para atender la especificidad de esta forma de violencia: el respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto; el inicio, respaldo y sostenimiento de programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrado en la atención respetuosa como esencia de la atención; el realce del derecho de la mujer a recibir una atención en salud digna y respetuosa en el embarazo y en el parto; la generación de informaciones relacionadas con

las prácticas de atención irrespetuosa; y la integración de las mujeres, los profesionales y la sociedad en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas (OMS, 2014, WHO/RHR/14.23, pp. 2-4).

Estas medidas deben ser contempladas no solo como la atención de una forma de violencia, sino como medidas de protección de los derechos humanos, dado que el derecho a la salud es un derecho humano, pero en él se legitiman otros derechos. Por lo tanto, y como se ha establecido a lo largo de esta discusión, si los instrumentos, no solo quirúrgicos sino estatales, sirven para a legitimación de la violencia obstétrica, una intervención a partir de la perspectiva de género debe servir para atender el flujo de reproducción estructural de la discriminación que la hace posible dentro de una de sus instituciones y servicios garantes de derecho, (Echeverry, 2018, p. 42).

### **El parto digno, el caso colombiano**

Las discusiones sobre los fundamentos de la violencia obstétrica han evolucionado, ya no solo se trata del reconocimiento de esta como un tipo de violencia, sino del reconocimiento de las mujeres, sometidas a estos procedimientos, como víctimas, y de la lógica médica, farmacéutica y ginecológica como una lógica violenta y discriminatoria en todos sus niveles (Fernández, 2015, p. 115).

Ante tal perpetración, y dada la participación no solo de actores profesionales, sino de dinámicas institucionales amparadas por instrumentos estatales, se hace necesaria la respuesta judicial para amparar el derecho a la autonomía y a la libre consideración de la paciente antes de someterse a un procedimiento relacionado con su trabajo de parto, derecho que debe ser atendido por la entidad prestadora de salud y

por el equipo médico presente en la sala como un derecho constitucional y especialmente protegido (Fernández, 2015, p. 122).

En Colombia, según el análisis de la situación de la salud en 2018, aproximadamente, se presentaron 54.6 muertes maternas por cada 100 000 habitantes, lo que indica que en promedio entre 300 y 400 mujeres mueren al año por causas relacionadas con la gestación y el parto, presentándose mayor incidencia en regiones como Chocó, Vaupés, Vichada, Córdoba, entre otros, y si bien es cierto que la cifra ha ido en descenso desde el 2000, cuando se promovieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, no se ha logrado la meta propuesta que indicaba bajar a 45 fallecidas por cada 100 000 habitantes (Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 230).

Al detallar sobre la mortalidad materna, como expresión evidente de inequidad, discriminación e injusticia social en Colombia, se encuentra que la *inequidad* es un término que indica falta de igualdad, que genera injusticia, que, para el caso de las mujeres, dicha inequidad se presenta de múltiples maneras, por falta de acceso a los recursos para la atención, en un país donde la pobreza es constante y donde la falta de acceso a los recursos hospitalarios aumenta las posibilidades de recurrir a prácticas menos ortodoxas, más insalubres y mediadas por el dinero.

Los estereotipos o paradigmas mentales que hay sobre las mujeres, la maternidad y los comportamientos asociados a ella en Colombia contribuyen a la inequidad, la discriminación y la injusticia. Así, por ejemplo, ser mujer, ser negra, ser indígena, campesina o desplazada, no es lo mismo que ser caucásica, citadina o miembro activo de una comunidad reconocida localmente: además de la violencia asociada a la condición genérica, esta se ve normalizada de acuerdo con la condición específica que se tenga, se ve exacerbada o encubierta.

En el panorama legislativo, recientemente se inicia el proceso de implementación de medidas de protección y erradicación de este tipo de violencia, hasta el momento los referentes con los que se contaba en términos jurídicos hacían parte del reconocimiento de la igualdad real y las garantías de no discriminación amparados por la constitución y las leyes de perspectiva de género, relacionadas con un antiguo dictamen del Ministerio de Salud en el que se explica que, en el proceso de parto,

la presencia de factores de riesgo condicionará la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

Las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si, por el contrario, se halla aún en el preparto. (Min Salud, s. f., pp. 8-9)

Ante este viejo referente, el médico es quien decide cómo tratar y proceder, en favor profesional, no importa si en ese parto la unión fue más profunda, o si el médico llegó tarde al quirófano, o si regañan a la madre que se queja de dolor; si después de 20 horas de intentar parir de manera natural, es decir por vía vaginal, (porque naturalmente las mujeres paren, por cualquier método, pero paren); al fin el médico decide que la mejor opción es la cesárea. Bajo este precepto solo hay resignación, aceptar que la sala donde se da a luz es un espacio público, expuesto a enfermeras, médicos o personal de la salud que quiera pasar y entrar, extirmando la privacidad al acontecimiento profundo de dar vida.

Sin embargo, recientemente, y dado el proceso de evolución en materia de perspectiva de género y de protección de la mujer como sujeto especial de

derecho, en Colombia se han desarrollado acciones específicas sobre la atención, erradicación y protección ante la violencia obstétrica, como lo es el proyecto de ley presentado en el 2020 ante el Senado de la República, por el medio del cual *se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno* (Colombia, 2020, p. 1).

Este proyecto de ley se caracteriza por la confluencia de las acciones internacionales de protección de la mujer ante todo tipo de violencia ejercido en su contra, como la reciente declaración de la OMS sobre la violencia obstétrica, además de los adelantos en perspectiva de género y protección de la mujer colombiana para establecer una medida interna que tiene como objetivo

identificar y prevenir conductas que atentan contra los derechos de la mujer, impulsando la eliminación de todas las formas de violencia de género como garantías de trato digno y humanizado en el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, preparto, parto y puerperio, así como la salud ginecológica y sexual. (Colombia, 2020, p. 4)

Siguiendo lo planteado en este proyecto de ley, se observa que el alcance está dado en dos direcciones: la atención directa de las mujeres en cada una de las etapas reproductivas y la atención estructural de la discriminación y vulneración en razón de las condiciones que intervienen en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El proyecto de ley es contundente al afirmar la falta de información en el país para reconocer la violencia obstétrica como una forma de violencia de género (Colombia, 2020, p. 7).

Por otro lado, este proyecto presenta la importancia de una definición legal del parto humanizado, con el fin de contrarrestar la violencia ejercida en este punto de la vida reproductiva de las mujeres:

La falta de atención humanizada en el parto conlleva al denominado maltrato o violencia obstétrica, que produce en las gestantes temor a ser ignoradas, descuidadas, o a ser forzadas a hacer cosas sin su consentimiento; desconociendo las grandes ventajas que trae consigo brindar un acceso a servicios de salud. (Colombia, 2020, p. 6).

A las salas llenas, donde la intimidad es cortada de tajo, a la mirada impersonal, al eco de los utensilios chocando en las bandejas y a la mitad del cuerpo adormecido, este proyecto de ley opone la presencia de un acompañante, una voz familiar de ánimo, una mano conocida que corte el cordón umbilical; se le opone el respeto de las creencias de la madre en la recuperación posparto propia y del bebé, la experiencia de la vida surgiendo no es limitada por la anestesia o el riesgo de complicaciones derivadas de esta. Más que la prolongación del dolor inherente al parto, se crea un espacio donde el vínculo madre-hijo no es interrumpido, sino fortalecido (Colombia, 2020, p. 7).

Aun así, se trata de un proyecto de ley y, por lo tanto, es solo el indicio: el trabajo está por hacer y debe ponerse toda la atención a este tipo de violencia, no solo porque es perpetrada contra la mujer, sino porque amenaza directamente una condición única suya: la de madre y dadora de vida.

## **Conclusiones**

La violencia obstétrica no se limita solo a la sala de trabajo de parto, tiene que ver con la inequidad, la discriminación e injusticia social que debe ser transgredida en sus paradigmas, en sus marcos normativos, los de la violencia institucionalizada en el ordenamiento patriarcal. Como se desarrolló a lo largo del artículo, la violencia obstétrica obedece a dinámicas amplias y profundas que atentan directamente contra la

dignidad de la vida, tanto de la mujer, como de la vida que está siendo alumbrada.

El análisis de la violencia obstétrica, desde la perspectiva de género, se debe reconocer que no solo es el momento de la ejecución del procedimiento en el que acontece la violencia, sino que, como lo señalan los referentes académicos y periodísticos, desde la aplicación del paradigma clínico occidental e institucionalizado sobre el cuerpo de la mujer, legitimado por la autoridad médica y por la participación de los mecanismos legales que amparan esta práctica en tanto institución del Estado.

En Colombia, la violencia obstétrica debe ser analizada desde el punto de vista del desarrollo y de la implementación de la perspectiva de género en los escenarios institucionales y en la atención, prevención y erradicación de las formas de violencia contra la mujer, puesto que es la aplicación de este enfoque el que ha permitido el desarrollo de acciones, en camino en este caso, amplias y contundentes en contra de las dinámicas estructurales de violencia y discriminación contra la mujer. El camino de esta perspectiva hacia los consultorios médicos y las salas de parto está en construcción, en alumbramiento.

Como se planteó, es necesario realizar un análisis que no solo se enfoque en la violencia obstétrica desde el criterio de la reivindicación de la mujer como víctima, sino que apunte a las dinámicas desde las que esta se genere, para ello es necesario adoptar estrategias metodológicas que permitan abordar, además de los elementos jurídicos de protección de la mujer, los procedimentales obstétricos, con el fin de entender en qué medida estos están relacionados con las dinámicas discriminatorias a las que son sometidas las mujeres gestantes, esto con el fin de permitir al estudio y la crítica académica y científica, realizar observaciones contundentes y que atiendan a los puntos claves de este tipo de violencia.

Para conseguir este tipo de resultados, como se observó, es necesario aplicar la perspectiva sociojurídica de análisis a referentes tan heterogéneos como las fuentes periodísticas, políticas, legales y teóricas médicas, y así construir una imagen a escala de la dinámica en la que acontece la violencia obstétrica para entenderla desde su complejidad, sobre todo por la interrelación que hay entre la medicina occidental, el servicio médico como una institución del Estado, el derecho a la salud y la condición estructural de vulnerabilidad y discriminación de la mujer gestante.

Desde este punto, en el escenario colombiano, el reconocimiento y la atención de la violencia obstétrica como violencia de género debe ser vista desde el amparo y refuerzo que le otorgan el fundamento estructural discriminatorio y violento inherente a la sociedad, la cultura y el desarrollo institucional en el país. Por ello es necesario emprender una serie de acciones que permitan una atención estructural y dinámica en todos los puntos en los que la violencia obstétrica se ancla:

La creación de espacios de discusión sobre la violencia, la formación de las mujeres en la conciencia de sus derechos para que aprendan a cuestionar e identificar la desigualdad y el trato injusto en los centros de salud; en la crítica a las formas de violencia normalizadas en la sociedad y en sus instituciones; la valoración de los atendimientos interculturales, de los rituales y prácticas que enriquecen la vida y la protegen, que la honran; el empoderamiento de las mujeres en el reconocimiento de sus cuerpos y de las decisiones que pueden tomar sobre ellos en etapas tan especiales como la reproductiva; la creación de políticas públicas que atiendan directamente las asimetrías a las que son expuestas las mujeres en el interior de los consultorios médicos y los quirófanos, entre otras.

Las acciones, el trabajo y las reivindicaciones se auguran como un pálpito agazapado y naciente en el vientre de cada una de las madres que

recuerdan los suplicios a los que fueron sometidas. Se auguran contundentes como la posibilidad de decidir la manera en la cada mujer quiere participar en el acontecimiento íntimo de la reproducción de la vida y no en el de la reproducción del dolor, del trauma o de la violencia en nombre del procedimiento.

## Referencias

- Arguello, H. y Mateo, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*, 12(2), 13-29.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-80272014000200002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002)
- Barbosa, D. y Modena, C. (2018) La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 26(e), 1-12.  
[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es\\_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf)
- Beli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, año 4, 1(7).  
<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/images/RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf>
- Chávez, M. y Sánchez, N. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género. *Nueva Época: Revista del Colegio de San Luis*, 8(16).  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/rcls/v8n16/2007-8846-rcls-16-103.pdf>
- Colombia. Ley 1248 de 1995. Por medio de la cual se aprueba la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Junio 9 de 1994.  
[http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1656824#:~:text=LEY%2020248%20DE%201995&text=\(diciembre%202029\)-,por%20la%20cual%20se%20aprueba%20a%20Convenci%C3%B3n%20Interamericana%20para%20prevenir,%20de%20jnio%20de%201994.](http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1656824#:~:text=LEY%2020248%20DE%201995&text=(diciembre%202029)-,por%20la%20cual%20se%20aprueba%20a%20Convenci%C3%B3n%20Interamericana%20para%20prevenir,%20de%20jnio%20de%201994.)

Colombia. Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Diciembre 04 de 2008.

<https://www.rednacionaldemujeres.org/phocadownloadpap/ley%201257%20de%202008.pdf>

Colombia. Radicación proyecto de Ley. Por medio de la cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno. 2020. Julio 20 de 2020.

<http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2020%20-%202021/PL%20029-20%20Parto%20Digno.pdf>

Comisión Nacional de Género de la Rama Judicial (CNGRJ) (2019). Criterios de equidad para una administración de justicia con perspectiva de género.

<https://videoteca.ramajudicial.gov.co/Fuente/Detalle/2965>

Constitución Política de Colombia [C.P.].

<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>

Declaración de la OMS, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. WHO RH 1423. OMS (septiembre, 2014).

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_sp\\_a.pdf;jsessionid=4D940E04047AE133E4E34DF03A36D424?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_sp_a.pdf;jsessionid=4D940E04047AE133E4E34DF03A36D424?sequence=1)

Ministerio de la Salud y Protección Social. [Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección social]. *Análisis de situación de salud. Colombia 2018*. Imprenta Nacional de Colombia. 2018. Junio de 2019.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>

Echeverry, D. (2018). *Ánalisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violencia de los derechos humanos en Colombia* [trabajo de grado]. Universidad Cooperativa de Colombia.

[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4185/1/2018\\_analisis\\_violencia\\_obstetrica.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4185/1/2018_analisis_violencia_obstetrica.pdf)

Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18.

<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375>

Giraldo Ángel, J., Giraldo López , M. y Giraldo López , A. (1999). *Metodología y técnica de la investigación sociojurídica*. Legis.

García, M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia en el embarazo y el parto en España y la percepción de usuarias y profesionales* [tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid.

[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1)

García L (2013). El contexto de mujer en la realidad jurídico-penal colombiana: delitos sexuales y revictimización. *Revista IUSTA*, (38), 103-13.

<https://doi.org/10.15332/s1900-0448.2013.0038.04>

Jojoa, E., Cuchumbe, D., Ledesma, J., Muños, M., Suárez, J. y Paja, A. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Salud UIS: Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 51(2), 135-146.

<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9537/9335>

Kukura, E. (2018). Obstetric violence. *The Georgetown Law Journal*, 106, 721-801.

<https://www.law.georgetown.edu/georgetown-law-journal/wp-content/uploads/sites/26/2018/06/Obstetric-Violence.pdf>

Miranda, M. (2012). Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género. *Revista Dikaion*, 21(2), 337-356.

<http://www.scielo.org.co/pdf/dika/v21n2/v21n2a02.pdf>

Norma Técnica para la Atención del Parto [Ministerio de la Salud (Minsalud)] (s. f.).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%2odel%20Parto.pdf>

Opazo, D., Ramírez, A. y Chamorro, C. (2017). Experiencia de mujeres víctimas de violencia obstétrica y de sus acompañantes de la ciudad de Chillán. *Collectivus: Revista de Ciencias Sociales*, 4(2), 78-102.

<http://investigaciones.uniatlantico.edu.co/revistas/index.php/Collectivus/article/view/1910>

Redacción Salud. (2015). Colombia tiene una enorme brecha de mortalidad materna entre las regiones. *El Tiempo*.

<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15990738>

Rodríguez, A. (2014). Indicadores de constitucionalidad de las políticas públicas: enfoque de gestión de derechos. *Via Inveniendi et Iudicandi*, 9(2), 135-175.

<https://doi.org/10.15332/s1909-0528.2014.0002.06>

Silva, I. y Santana, R. (2017). Forms of obstetric violence experiment by mothers who had normal birth. *Enfermería Global: Revista electrónica trimestral de Enfermería*, (47), 89-97 [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/en\\_1695\\_6141-eg-16-47-00071.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/en_1695_6141-eg-16-47-00071.pdf)

Tamayo, J., Restrepo, C., Gil, L. y Gonzales, A. (2015). Obstetric violence and abortion: Contributions to the debate in Colombia. Grupo Médico por el Derecho a Decidir. [https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Obstetric-Violence\\_and\\_Abortion\\_EN-final-1.pdf](https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Obstetric-Violence_and_Abortion_EN-final-1.pdf)

Saldarriaga, W. y Artuz, M. (2017). Fundamentos de ginecología y obstetricia. Programa Editorial Universidad del Valle. G&G Editores.

<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/10317/Fundamentos-de-ginecologia.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Vargas, Y. y Bracchi, C. (2016). La mujer latinoamericana dentro del contexto de los Derechos Humanos: énfasis desde la perspectiva del derecho al trabajo. *Revista IUSTA*, (44), 75-97 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6685114>

Velásquez, M. Género y Justicia. Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla. Consejo Superior de la Judicatura. Bogotá. 2019.

[https://www.sdgfund.org/sites/default/files/GEN\\_MANUAL\\_Colombia\\_%20Formatacion%20Genero%20y%20Justicia.pdf](https://www.sdgfund.org/sites/default/files/GEN_MANUAL_Colombia_%20Formatacion%20Genero%20y%20Justicia.pdf)